

第二群：臨 床

4) リハビリテーション病院における看護移転開院から現在まで

高知リハビリテーション病院

森 尾 満 子（4回生）

I はじめに

昭和30年10月に伊野町八田に180床の結核病院として発足したがその後の地盤沈下や毎年の水害によって施設の老朽化を早め結核の斜陽と共に病院の運営が大変むづかしくなってきた。昭和50年5月に現在の神田へ移転してきたが一年余り前から入院を差止めていたので4月には患者数約70名で最年少43才が3名、60才台、70才台が多数を占め殆んどが内科の老令患者で移転の時には19名になった。

昭和50年5月に患者19名、職員は殆んど全員そのまま引越し、四国一といわれたように最高の施設・設備を有する本格的なリハビリテーション病院として発足した。新しく整形外科、理学診療科を加えて職員一同大変張り切り、ドロ繩式ではあるが学習を積み重ねて丸3年を経過したので報告する。

II 病 院 概 要

1) 施設設備

リハビリ訓練棟は現在2階建で将来3階建の予定。

1階約243㎡、言語療法室、歩行分析室、筋電図室、評価室、診察室、ギブス室

2階約897㎡、運動療法室、作業療法室、水治療室、温熱療法室

3階、体育館、作業療法室予定

2) 設備の特長

①てすり付の広い廊下、②病室入口の吊ドア、③一般の高さより約10cm低いベット、④長い柄で操作する水道蛇口、⑤屋上物干場への自動ドア、⑥運動場通路の手動式信号機、⑦患者食堂、⑧あちこちにある車椅子便所、⑨全自動洗濯機など、患者の安全と便利の為に色々配慮されている。此の他に各階に一周できるベランダがあり緊急時には体の不自由な人もベランダへ出れば避難できるようになっている。

- 3) 診療科目、内科、外科、整形外科、理学診療科、人工腎臓室、ベット利用率は80%余り
 4) 治療対象者と非対象者、大体の基準あり、(但し一般内科、一般外科は別)

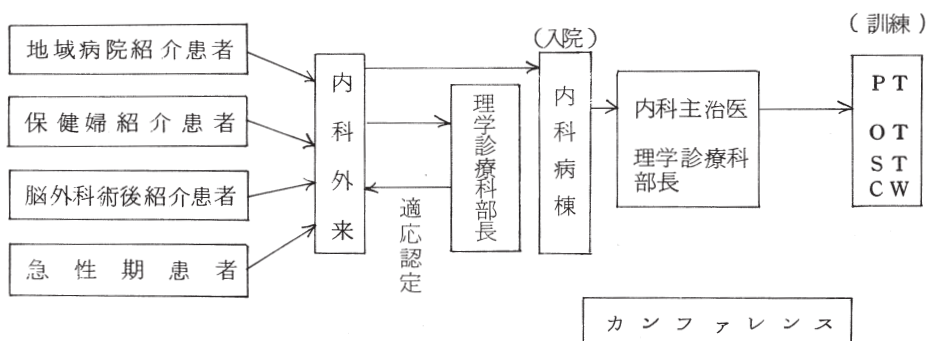
治療対象者	非対象者
① 四肢切断患者	① 訓練しても回復の見込がない。
② 脊髄損傷患者	② 回復意欲のない生保患者
③ 重症ロイマチス患者	③ 失認、失行、失語、知能障害大
④ 脳卒中等回復期患者	
⑤ その他	

- 5) 昭和52年7月から昭和52年12月までの入院、外来患者数

S52	7月	8月	9月	10月	11月	12月
外 来	61.6人	65.4	71.2	68.0	62.7	51.3
入 院 (利用りつ)	145.5人 (80.8%)	149.8 (83.2)	156.4 (86.9)	144.7 (80.4)	151.8 (84.3)	155.9 (86.6)

Ⅱ リハビリテーション対象患者の入院から退院まで

- 1) リハビリテーション対象患者の入院のルートと訓練開始、現在どこかで治療を受けている患者は必ず紹介状を持ってくることになっている。



医師、保健婦などの紹介により外来受診、内科と整形外科の診察をうけてから内科入院となり、内科的検査終了後リハビリへ紹介され理学療法士(P T)の評価を受けてから訓練開始となる。入院してもすぐ訓練に出られない患者の為に一定レベルに達するまで病棟で訓練す

るし、内科的治療が必要な患者は訓練開始をおくらせることになる。

2) リハビリカンファレンス

リハビリカンファレンスには総合カンファレンスと病棟カンファレンスがある。

- ① 総合カンファレンス、毎週1回リハビリ棟、出席メンバーは理学診療部長、主治医、病棟看護婦、PT、OT、ST、ケースワーカーで実際に患者を見ながら検討する。この時それぞれの係から注文が出される。例えば病棟では此の様に訓練して下さい、とか足関節がブラブラで歩きにくいから関節固定術を行なった方がいいと思います、というように。

1回に数名の患者を対象とし、入院時、中間、退院前など必要に応じて行なっている。

- ② 病棟カンファレンスは病棟看護婦だけの時もあるが主治医、PT、ケースワーカーをまじえて行なっている。

3) リハビリ回診

月2回、総合カンファレンスのメンバーで回診中に各係から意見が出されたり患者を歩かせてみたりする。

4) 入院日数は大体3ヶ月から6ヶ月

内科、外科、整形外科共に3ヶ月以内の退院は50%余り、6ヶ月以内には85%余りが退院している。退院の目安はこれ以上訓練を続けても余り回復が期待できないところまできた頃となる。

5) 退院前の連絡

- ① PTから家族へ、退院前には必要に応じてPTが家族と面接し経過および今後の指導について説明する。
- ② 病棟から家族へ、必要事項を連絡する。
- ③ 病棟から地域へ、連絡票を作成して使用している。看護婦、主治医、PTその他それぞれに患者の現状、今後の方向、注意事項などを記載し、もとの主治医や地域保健婦あて送付する。

Ⅳ 病棟での看護

病棟では訓練開始前の患者の指導と訓練中の患者の継続指導を行なっている。

1) 患者の意欲

リハビリ訓練棟における患者は全体に明るく大変意欲的であるといわれる、病棟へ帰ると意欲が可成り低下することについて研修にこられた保健婦を不思議がらせたことがあるが、①歩く訓練にきたのだから、②病気の時ぐらい、③完全看護だから、④年寄りだから可哀想などの

理由でまどろこしい動作をやろうとしなくなる。又患者の多くは本院入院までに相当期間他の病院で附添いに面倒をみて貰うことに慣れていてことにも原因があると思われる。

2) 看護の目標

病棟では食事と排泄位は自分でできるようにを最低目標とし、指導目標を日常生活動作そのものが訓練であることを理解させることにおいている。

3) 看護の実際

移転までは殆んど内科患者だけを見てきた看護職員にとって病棟でのリハビリ訓練は五里霧中ではじめのうちは1人の患者に対する援助も指導も援助者側の判断にまかせられ統一されず片寄ったものになることもあった。それで色々検討してADLカードを作成し訓練指導のレベル統一をはかっている。ADLカードは5項目について検討した。(図1) これをカードボックスの個人票として使用し、入院時の状況や進展がみられた時期を記入し全体のバランスを取るようになっている。このADL票を使用することによって観察のポイントやおくれている項目効果があがりにくい点が把握でき看護計画や患者指導が容易になった。又ADLの手技についても検討し予後に対する効果的な援助方法を統一した。例えば半身マヒ患者のねがえりのさせ方、ベット上での坐位のとらせ方、車椅子への移向のさせ方などわかりやすく絵によって説明している。現在PTは病棟での訓練は行っていないが病棟から要請すれば時間をつくって直接患者指導にあたったり看護婦に説明したり大変協力的である。

V お わ り に

今日の説明も明日にはケロリと忘れている患者、悲喜こもごもの中でいくらかでも進歩が見えはじめたことに看護者は勇気づけられ、もっといい看護をと願いつけているが現在の看護要員では私達が理想とする看護にはほど遠い感じである。しかし車椅子を使い杖を使えるようになる等進歩のあとが見えてくると患者にも喜びと意欲がもてるようになる。回復不十分な状態で退院することになったとしても、ねたきりの状態から脱してゆく患者を見送りながら私達は更に頑張りたいと励まし合っている此の頃である。

図 1

ADL項目	臥	床	坐	立	位	歩	行
運動	ROM	体位交換→座位訓練開始 (R肘位保持) (ギヤジ拳上)	背部支持→端坐位→W/Cのトランス ファー介助	→W/Cトランスファー自力→W/C 操作	器具着用 介助又は監視歩行→自立		
排泄	全面介助→尿意を知らず→便器 (パルン処置) オムツ除去訓練 (オムツ使用) (ナースコール) (口頭)	→ポータブル介助 (夜間尿器)		ポータブル→W/C介助で 自力 トイレ使用	作でトイレ器具着用→ 監視歩行でトイレへ		
食事	全面介助→ギヤジ拳上 (鼻腔栄養) (フオーク) (点滴) (スプーン)	での食事→端位オーバーテーブル 使用(箸使用)	→イスで床頭台使用→W/C介助で W/C操作で食堂へ	→W/C介助で洗面所へ 浴室へ	器具着用→ 監視歩行で食堂へ		
清潔	全面介助→オムツ使用→歯みがき (全身清拭) (口腔) (浴室にてシ ヤワー浴 洗髪) (ストレッチャー)				器具着用→ 監視歩行で洗面所、 浴室へ		
更衣	全面介助	→ボタンのかけはずし→衣服着脱			→器具クツ着脱		
基本事項	特記事項	注射指示	投薬指示	検査指示	処置		
食事							
排泄							
清潔							
血圧							
介助	連続事項						
安静度							